FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PAR

MAURICE PREUX
né le 6 juillet 1903, à Caudry (Nord)
Ancien externe des hôpitaux de Paris

La Polyarthrite chronique déformante syphilitique

Président : M. CARNOT.

PARIS
JOUVE & Cie, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURICE PREUX
né le 6 juillet 1903, à Caudry (Nord)
Ancien externe des hôpitaux de Paris

La Polyarthrite chronique déformante syphilitique

Président : M. CARNOT.

PARIS
JOUVE & Cie, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1928

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN .	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN ..	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale
CADENAT....	Pathologie chirurgicale.
CHABROL ...	Pathologie médic.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRE ,,....	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT .	Pathologie médic.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médic.
GARNIER ..	Pathologie expérimentale.
GATELLIER .	Pathologie chirurcale.
HARVIER....	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.	
HUTINEL ...	Pathologie médicale
JOYEUX ...	Parasitologie.
LABBE Henri	Chimie biologique
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie médicale
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU....	Pathologie chirurgicale.
METZGER ..	Obstétrique.
MONDOR ...	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils..	Physiologie.
SEZARY	Dermathologie et Syphilographie
VALLERY-RADOT .... (Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET ...	Pharmacologie.
CHENIOT ...	Obstétrique
LEQUEUX ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.	
RETTERER .	Histologie.
TANON	Pathologie médicale
ZIMMERN ...	Physique.

LE DOYEN ..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE ..	Clinique chirurgicale	LE LORIER .	Clinique obstétricale
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT ..	Clinique médicale.
GOUGEROT	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ..	Clinique médicale	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . { Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY ..... Stomatologie.
CHAILLAY BERT.... Education physique.
LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PERE, A MA MERE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MA SŒUR

Avec ma profonde affection.

Meis et amicis

A M. le Professeur CARNOT

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse. Hommage de profond respect.

A notre maître, le Docteur THIROLOIX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin honoraire des hôpitaux.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils. Témoignage de vive reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Stage

M. le Professeur GILBERT (in memoriam), Hôtel-Dieu,

M. le Professeur HARTMANN, Hôtel-Dieu,

M. le Professeur Léon BERNARD, Hôpital Laënnec,

Externat

M. le Docteur DESCOMPS, Professeur agrégé, Hôpital de la Charité,

M. le Docteur THIROLOIX, Professeur agrégé, Hôpital de la Pitié,

M. le Docteur DE MASSARY, Hôpital Lariboisière,

M. le Docteur CATHALA, Hôpital Saint-Louis,

M. le Docteur DESPLAS, Hôpital Saint-Antoine,

M. le Docteur WEIL-HALLÉ, Hôpital Hérold.

AVANT-PROPOS

Les travaux sur l'étude du rhumatisme chronique déformant se sont multipliés dans ces dernières années : ils se sont tous donné pour but la dissociation du type uniforme, classique, en divers types cliniques basés sur l'étiologie. Ces études se justifient, non seulement par l'intérêt que présente la thérapeutique du rhumatisme déformant, mais encore par l'importance que celui-ci prend et prendra de plus en plus en tant que maladie sociale. Le jour où les chefs d'usine devront assurer les indemnités des maladies de leur matériel humain, le rhumatisme chronique jouera un grand rôle, puisque déjà, dans des pays voisins, les indemnités versées pour rhumatisme, représentent 30 % des sommes totales versées pour maladies du personnel. Les médecins qui seront appelés à fixer ces indemnités basées sur l'intensité des lésions, leur degré de chronicité, leur retentissement sur le rendement de l'ouvrier, devront bien connaître la multiplicité des types cliniques et les moyens de les traiter.

Nous avons cru devoir limiter notre étude à un type morbide encore très imparfaitement connu : le rhumatisme chronique déformant syphilitique. Autant l'arthrite syphilitique mono ou pauciarticulaire est bien connue et est heureusement modifiée par la thérapeutique, autant la polyarthrite déformante de même origine manque de personnalité et se montre rebelle au traitement spécifique. On l'améliore, mais on ne la guérit pas.

Nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible de trouver la justification de ces faits dans une altération organique causale qui, déterminée par la syphilis, devient banale ultérieurement, ne gardant de son origine aucun cachet particulier. Nous avons pu observer, lorsque nous étions externe à la Pitié, dans le service du docteur Thiroloix, tous les types de rhumatisme déformant, et chaque fois que l'occasion s'en présentait, notre maître attirait notre attention sur l'existence d'une lésion thyroïdienne constante, facile à vérifier, morphologiquement très variable. Le rhumatisme chronique déformant typique, qui a une personnalité clinique nette, releverait toujours, pour M. Thiroloix, d'une lésion thyroïdienne quand la cause (tuberculose ou syphilis, en particulier) ne fait pas sa preuve au niveau des articulations malades.

Dans notre façon de voir, un syphilitique peut présenter deux variétés de désordres articulaires : les uns relevant du tréponème in situ, les autres d'une modification provoquée par la localisation élective du tréponème sur le corps thyroïde. Cela explique la ressemblance du rhumatisme noueux syphilitique avec le rhumatisme arthritique thyroïdien, avec le rhumatisme de la ménopause dans lequel la lésion ovarienne initiale retentit sur le corps thyroïde, enfin avec le rhumatisme chronique que nous voyons apparaître chez des sujets atteints dans leur jeunesse de polyarthrites aiguës rhumatismales et qui relève d'une thyroïdite rhumatismale. Nous trouvons donc, rapprochant les divers types étiologiques du rhumatisme chronique classique, un lien de parenté qui est, non l'infection, mais l'altération du corps thyroïde qui a souvent mis des années avant de retentir sur les articulations, par son dysfonctionnement et les modifications humorales consécutives.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici tous les travaux qui se rapportent au rhumatisme chronique syphilitique, nous voulons seulement en résumant les principales discussions et les observations les plus caractéristiques, essayer d'en dégager les idées essentielles. Ce sera là le but de la première partie de cette thèse.

Nous exposerons ensuite notre statistique et nos observations personnelles.

Enfin, nous appuyant sur notre documentation, nous ferons l'étude anatomo-clinique, pathogénique et thérapeutique du rhumatisme chronique syphilitique, nous proposant d'insister surtout sur deux points qui n'ont pas retenu jusqu'à présent l'attention des auteurs : d'une part, l'importance de la thyroïdite spécifique dans la pathogénie de la polyarthrite et d'autre part, les résultats très intéressants que peut donner le traitement iodé intensif.

PREMIERE PARTIE

Historique

Si l'on attribue depuis longtemps à la syphilis des arthropathies bien définies, plus ou moins localisées, il y a peu d'années qu'on tend à lui accorder un rôle dans l'étiologie de certaines polyarthrites chroniques déformantes. C'est en 1901 seulement que le premier cas est rapporté par E. Fournier. Il s'agit d'une jeune rhumatisante de 16 ans qui présente des cicatrices de gommes guéries par l'iodure de potassium.

Quelques observations sont également publiées les années suivantes, en particulier celle de Hausalter en 1906, qui concerne un enfant de 28 mois, hérédo-syphilitique, atteint de rhumatisme déformant des doigts, du poignet et du genou.

En 1907 et 1912, E. Fournier rapporte de nouvelles observations chez des hérédo-syphilitiques et donne les principaux caractères de cette nouvelle forme étiologique de rhumatisme. D'après cet auteur, cette polyarthrite est particulière à la syphilis héréditaire ; les lésions débutent insidieusement par les grosses articulations, se manifestent d'abord par des fourmillements et des engourdissements, puis peu à peu la douleur s'accroît en même temps que les épiphyses augmentent de volume et que les ostéophytes apparaissent. Une fois celles-ci consti-

tuées, les articulations n'ont plus la liberté complète de leurs mouvements, d'où des impotences fonctionnelles d'étendue variable et qui sont moins douloureuses que gênantes.

Puis en première ligne, parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, nous devons citer M. Dufour. Depuis 1915, dans plusieurs communications à la Société Médicale, et dans la thèse de son élève Mme Geismar, il a publié de nombreuses observations. Nous nous contenterons de résumer les cas les plus favorablement influencés par le traitement spécifique :

Thèse de Geismar (*Obs. V*).

Homme de 65 ans, atteint de rhumatisme polyarticulaire déformant ayant surtout frappé les extrémités — Epilepsie — Tension artérielle : 28-8 au Pachon — Réaction de B-W positive.

Son état est amélioré par le quinio-bismuth.

Thèse de Geismar (*Obs. XXI*).

Femme de 40 ans : rhumatisme déformant typique ayant débuté il y a deux ans — Réaction de B-W faiblement positive.

Sous l'influence du traitement (sulfarsenol intra-musculaire alternant avec du novarsénobenzol intra-veineux), les douleurs disparaissent et les mains qui étaient très gonflées diminuent considérablement de volume.

Dufour, Duchon et Durand ont observé une femme, âgée de 42 ans, atteinte de polyarthrite déformante typique, confinée au lit depuis 6 mois. La radiographie montre une altération profonde des os du carpe avec disparition des interlignes articulaires, des ostéophytes aux genoux et une synostose partielle d'une rotule avec le

fémur. Pas de stigmates de syphilis. Réaction de B-W négative, devient positive durant la cure. On lui fait deux séries de 10 injections de Quinby.

« Sous l'effet du traitement la situation s'est complètement transformée, les douleurs spontanées ont disparu, les douleurs provoquées sont très atténuées. Les articulations, en particulier celles des genoux ont repris leur mobilité. L'assouplissement de toutes les articulations a été obtenu et la malade marche seule et sans appui. »

Pour Dufour, si le rhumatisme chronique syphilitique se rapproche du rhumatisme noueux de Charcot, il s'en différencie souvent par des caractères assez spéciaux qui sont les suivants :

a) Déformations articulaires et para-articulaires atteignant toujours les extrémités des membres, s'accompagnant souvent de subluxations.

b) Atrophies musculaires.

c) Poussées d'hydarthrose ou de gonflement synovial.

d) Arthralgies et névralgies.

e) Début fréquent chez les jeunes sujets et chez les femmes à la ménopause.

f) Diffusion à presque toutes les articulations.

g) Chronicité.

h) Processus d'ostéïte plus atrophiante qu'hyperostosante.

Il reconnaît d'ailleurs que ces caractères ne sont pas constants et que, quoique plus rarement, d'autres types peuvent s'observer, en particulier la forme ostéophytique.

Félix Regnault publie en 1918 une observation, dont l'intérêt est de montrer les résultats merveilleux que peut donner un traitement spécifique énergique dans une ar-

thropathie déformante à évolution subaiguë, fébrile, prise au début.

Il s'agit d'un matelot de 28 ans, chez qui se constitue en quelques semaines une polyarthrite déformante, procédant par poussées subaiguës accompagnées de fièvre. Toutes les articulations se prennent successivement, y compris celles de la colonne vertébrale — elles sont le siège d'un épanchement séro-fibrineux. Puis le gonflement articulaire diminue, mais les articulations se déforment. Le malade présente le tableau classique du rhumatisme déformant généralisé. Les douleurs très vives ne sont apaisées par aucun sédatif. La colonne vertébrale s'incurve en cyphose ; le malade est complètement impotent ; on doit le nourrir. Pas de syphilis avouée ; on n'en découvre aucun stigmate. Cependant la réaction de B-W est positive. Ce malade est alors soumis à un traitement spécifique intensif (sirop de Gibert à haute dose, frictions mercurielles, injections intra-veineuses de novarsénobenzol). Sous cette influence les lésions rétrocèdent à vue d'œil et après quatre mois de soins continus, le malade, complètement guéri, part en convalescence.

Signalons aussi l'observation publiée par Fink, de Vittel, et qui nous intéresse particulièrement au point de vue des rapports du rhumatisme avec le dysfonctionnement glandulaire et surtout thyroïdien :

Femme âgée de 46 ans, atteinte de rhumatisme généralisé sévère, maladie de Hogdson — réaction de B-W positive, signes cliniques nets d'insuffisance thyroïdienne et para-thyroïdienne.

Soumise à un traitement par l'arsénobenzol et le cyanure simultanément, elle est rapidement améliorée.

Par contre, Ch. Gernez, de Lille, rapporte un cas dans lequel le traitement échoue complètement. Voici cette observation résumée :

Femme âgée de 37 ans, ne présente aucun antécédent intéressant. On assiste chez elle au développement d'une polyarthrite, qui débute au niveau des genoux et est exactement comparable à celle que décrivait Fournier : fièvre légère oscillant entre 37° et 37°8. Réaction de B-W positive à 3 doses. On institue (4 mois après le début) un traitement spécifique à base de néosalvarsan et de biiodure de mercure. Les lésions articulaires continuent à s'aggraver. On essaie successivement une nouvelle cure de néo et de biiodure, puis le cacodylate de soude à haute dose, le sulfarsénol, le benzoate de mercure. La réaction de B-W reste positive à 3 doses. Progressivement on assiste à l'apparition de déformations au niveau des doigts tandis que s'installe une ankylose presque complète des grosses articulations. On essaie en vain l'iode par ingestion et injection, le soufre colloïdal, la malade devient complètement impotente.

Merklen, Carnot et Blamoutier admettent l'étiologie syphilitique d'un certain nombre de rhumatismes chroniques ; ces derniers auteurs publient l'observation d'un rhumatisant porteur d'une lésion aortique et transformé par le novarsénobenzol.

Harvier, Decourt et Flandin rapportent des cas améliorés par le traitement bismuthé.

Vagnon, dans une thèse très documentée, étudie toutes les formes d'arthrites chroniques syphilitiques. Il expose une observation personnelle très intéressante : il s'agit d'une rhumatisante âgée de 60 ans, dont le mari est mort

paralytique général. La malade, qui au début du traitement ne pouvait remuer ni bras, ni jambes, est améliorée rapidement par l'iodure de potassium et le sirop de Gibert. Au bout de quatre mois de traitement, son état est redevenu à peu près normal au point de vue fonctionnel ; elle garde seulement quelques déformations.

A Nantes, U. Monnier fait une clinique sur le rhumatisme chronique d'origine hérédo-syphilitique. Il cite l'observation d'un jeune homme de 19 ans, chez qui on assiste au développement d'une polyarthrite déformante, type Fournier, avec douleurs vives, fièvre et kératite. Les réactions de Wassermann, Hecht et Jacobstal sont très nettement positives. Soumis pendant 3 mois aux injections de Rubyl, puis de Tréparsol son état s'aggrave, des ankyloses s'établissent. On commence alors des injections de Rhodarsan qui furent suivies d'une amélioration rapide et progressive. La fièvre tombe, la kératite est presque totalement guérie, la marche, impossible jusque là, est redevenue presque normale.

Dans les nombreux travaux, que nous n'avons fait que passer en revue, les auteurs s'accordent sur ce point : il existe des cas de rhumatisme chronique à l'origine desquels on retrouve la syphilis. Mais ces cas sont-ils fréquents ?

En 1923, Haguenau et Bernard présentent les résultats d'une enquête faite chez les rhumatisants chroniques de l'hospice d'Ivry. Ils ont recherché systématiquement chez eux la syphilis. Sur 31 cas, 26 atteignaient des femmes ; chez celles-ci la seule étiologie précise retrouvée fut la ménopause. Chez les 5 hommes, un seul avait des antécédents vraisemblablement spécifiques.

La même année, Duhot rapporte des observations recueillies à la station thermale de Saint-Amand-les-Eaux. Sur 51 cas de rhumatisme, type Charcot, il trouve un seul cas suspect de syphilis (Réaction de B-W au sérum frais faiblement positive). Et il ajoute : « Je ne puis penser que la syphilis provoque le type le plus communément observé de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire. Cette étiologie expliquerait d'ailleurs difficilement bien des caractères de l'affection, et notamment sa prédilection connue pour le sexe féminin (35 cas sur 51). »

Dans une thèse récente, M. Martin présente vingt rhumatisants chroniques observés à l'hospice Saint-Jacques, de Nantes. Aucun de ces malades n'est porteur de stigmates syphilitiques, un seul a une réaction de B-W positive.

Ces trois statistiques sont donc assez concordantes. En les réunissant nous trouvons sur un total de 102 malades atteints de polyarthrite déformante, 3 syphilitiques seulement. Il semble donc que l'étiologie spécifique du rhumatisme noueux est très rare.

Nous avons aussi, à la consultation spéciale du Docteur Thiroloix, à la Pitié, recherché la syphilis chez un certain nombre des rhumatisants. Les résultats que nous avons obtenus sont comparables à ceux des recherches précédentes, comme on va pouvoir en juger immédiatement.

DEUXIEME PARTIE

Chapitre premier

Statistique établie à la consultation spéciale du docteur Thiroloix, à la Pitié

78 rhumatisants de la consultation chez lesquels on pouvait suspecter des antécédents syphilitiques ont eu un examen de leur sang.

Chez 16 malades les réactions de Wassermann et de Hecht étaient plus ou moins positives.

Il s'agissait de :

5 cas de rhumatisme chronique polyarticulaire.

2 arthrites de la hanche.

1 arthrite du coude.

1 arthrite temporo-maxillaire.

1 cas de rhumatisme intéressant les articulations des poignets et des mains.

1 cas de lumbago et sciatique chroniques.

1 femme rhumatisante et migraineuse.

1 rhumatisme du genou consécutif à une blessure de guerre.

2 cas d'ostéïte.

1 arthrite du poignet chez une femme : en 1922 elle était en voie de guérison lorsque survint une éruption suspecte et la réaction de Wassermann fut trouvée positive : cette

malade revue en 1925, à la dernière période d'une cirrhose alcoolique était complètement guérie de son arthrite.

Le pourcentage des réactions positives chez les rhumatisants de la consultation : 16/78 = 1/5 approximativement n'est pas supérieur à celui qu'on pourrait trouver chez des individus pris au hasard.

Sur les 16 réactions positives ou partiellement positives, il est à remarquer que 2 concernent des malades non rhumatisants mais porteurs d'ostéïtes, que pour le dernier cas il s'agit d'une contamination postérieure au développement du rhumatisme et que dans 5 cas seulement nous avons affaire à une polyarthrite chronique typique.

Ces malades ont été soumis au traitement iodé associé au traitement spécifique : quelques-uns ont paru guéris, les autres se sont trouvés considérablement améliorés.

CHAPITRE II

Observations prises dans le service du docteur Thiroloix

Obs. I. — Mme L. M..., âgée de 30 ans, est examinée par nous en mars 1924. Elle vient consulter parce que depuis deux ans toutes ses articulations, petites et grosses, se sont prises successivement, d'abord douloureuses, puis bientôt déformées. Aujourd'hui, cette femme encore jeune réalise le type complet du rhumatisme chronique déformant polyarticulaire apyrétique.

L'examen général ne montre aucune viscéropathie : poumons, cœur, artères, foie, reins, système nerveux ne présentent aucune lésion. Il n'y a aucune adénopathie axillaire, cervicale ou inguinale, signature du rhumatisme déformant bacillaire.

Son passé morbide est peu chargé, maladies de l'enfance (rougeole, oreillons, scarlatine), pas de rhumatisme articulaire aigu. Son rhumatisme déformant ne semble donc pas fonction d'une polyarthrite aigue rhumatismale avec thyroïdite ultérieure. Mariée à 18 ans, elle a perdu son mari d'une paralysie générale pour laquelle il a été soigné pendant quelques années. Elle n'a pas eu de grossesse ; elle ne paraît avoir présenté aucune affection génitale.

Toutes les articulations intéressées offrent les mêmes lésions : tuméfaction osseuse, épaississement de la synoviale, lésions cartilagineuses, d'où les craquements, douleurs intenses, aussi vives la nuit que le jour, limitation des mouvements, atrophie des masses musculaires mais conservation des réflexes. Les mains et les pieds sont déformés ; seules les articulations claviculaires, temporo-maxillaires et vertébrales sont respectées.

Le corps thyroïde a ses deux lobes modifiés : le lobe gauche est petit, induré ; le lobe droit est arrondi, ligneux, plus gros que normalement, non douloureux.

La malade est mise à la cure suivante : extrait thyroïdien, iodisation intensive (1 gramme d'iode métalloïdique par jour), bains sulfureux, applications chaudes et cachets calmants (aspirine, antipyrine, etc...) Il se produit au bout de six mois une modification profonde, la douleur a disparu, la malade a retrouvé tous ses mouvements et les arthropathies s'améliorent. Le corps thyroïde ne s'est pas modifié.

Mais, en octobre, une nouvelle crise se déclanche, malgré la continuité de la cure iodée. Une réaction de Wassermann faite à cette époque est positive, aussi nous ajoutons au traitement iodé des cures arsenicales intermittentes (Stovarsol). En janvier 1925, nous constatons une amélioration aussi nette que celle qui s'était produite en septembre 1924. Cette amélioration persiste quatre mois ; la malade abandonne l'iode et en juillet 1925, malgré des cures mercurielles et arsenicales, les arthropathies deviennent de nouveau très douloureuses et sont le siège d'une nouvelle poussée. L'état du corps thyroïde ne s'est pas modifié.

Les médications iodée, endocrinienne, spécifique ont amené tour à tour des améliorations considérables, « miraculeuses », comme disait la malade, mais il paraît évident que la cause des arthropathies modifiée par la thérapeutique a repris, à la cessation du traitement, ses effets nocifs. Pour nous cette cause était la thyroïdite spécifique que la thérapeutique n'améliorait que momentanément.

Obs. II. — Mme T..., âgée de 34 ans. Son père et sa mère sont bien portants. Il n'y a pas de rhumatisants dans la famille. Son mari est traité pour la syphilis ; elle a perdu un enfant de la diarrhée.

La malade a une malformation congénitale du palais. A l'hôpital Saint-Antoine où son mari est soigné, on a fait un examen de son sang qui a été négatif. Elle vient consulter le 10 décembre 1923 parce qu'à la suite d'une sinusite frontale, elle a été atteinte d'un rhumatisme polyarticulaire qui l'a tenue au lit pendant trois mois ; il a débuté par le poignet droit, s'est étendu au poignet gauche, puis aux pieds. On a essayé un vaccin, du salicylate de soude, de l'élixir Bejean, de l'atophan, de l'iodone sans résultat. On a fait un examen gynécologique ; la recherche des gonocoques a été négative.

En examinant la malade, on est frappé par la localisation de l'enflure à l'articulation carpo-métacarpienne, les articulations de la 1re et de la 2e phalange du deuxième et du troisième doigt de chaque main sont également enflées ; la malade a beaucoup de difficulté à fermer la main. Les pieds pré-

sentent des lésions analogues à celles des mains localisées aux articulations tarso-métatarsiennes ; le pied droit est le plus douloureux ; les genoux craquent, mais elle n'en souffre pas. Rien d'anormal au cœur et aux poumons. Le corps thyroïde est anormalement petit et dur.

Après vingt injections intra-veineuses, iodées, la malade a pu commencer à travailler un peu. En février elle a de l'eczéma qui guérit sous l'influence du baume Bessade et la continuation du traitement. Les articulations désenflent, le pied droit reste un peu douloureux. La malade continue le traitement iodé et à la fin du mois de juin elle est complètement guérie.

Une année après elle revient se plaignant d'une douleur au pied. Ses articulations sont toujours indemnes, mais on découvre le début d'un mal perforant plantaire.

Obs. III. — Mlle M..., âgée de 56 ans, a suivi autrefois un traitement anti-syphilitique, elle avait un Wassermann positif ; elle aurait été contaminée presque dans l'enfance.

A quarante-cinq ans ses articulations commencent à se déformer et à devenir douloureuses.

En 1922, le rhumatisme est localisé aux extrémités ; elle ne peut plus plier les doigts qui sont déjetés vers le bord cubital. Les pieds ont subi une déformation analogue, les chevilles sont enflées. Elle a du vitiligo sur les mains et sur le cou. Son corps thyroïde présente un lobe droit augmenté de volume, bosselé et dur ; le lobe gauche paraît normal.

La malade est très soulagée par une première série d'intraveineuses iodées. L'année suivante, étant donné ses antécédents, on lui fait une série de muthanol absolument sans effet.

En 1923, l'examen du sang et du liquide cephalo-rachidien donne un Wassermann et un Hecht négatifs.

Elle doit interrompre une nouvelle série d'intraveineuses à cause d'une grippe et, immédiatement, elle souffre davantage. Le traitement iodé agit surtout, dit-elle, au point de vue de l'enflure qu'il fait diminuer, mais agit peu sur les déformations et les douleurs. Une série d'injections d'hectine n'agit d'ailleurs pas mieux.

Obs. IV. — Mme L..., âgée de 37 ans. Père mort tuberculeux, huit frères et sœurs bien portants. A l'âge de vingt ans, elle a eu du rhumatisme au niveau des articulations des pieds. A trente-sept ans, après quelques semaines pendant lesquelles elle se sentait faible et fatiguée, toutes les articula-

tions furent successivement rouges, douloureuses et enflées. La température monta à 39° et 40°. Elle fut soignée par du salicylate de soude et enfin, étant donnée la possibilité d'une infection syphilitique, par des injections de sulfhydrargire (le Wassermann fut trouvé ultérieurement faiblement positif).

Elle est vue à la Pitié quelques mois après sa crise aigue.

L'extension complète des deux coudes est impossible, il y a de gros craquements dans les articulations des genoux et des épaules au moment des mouvements ; on note une atrophie musculaire importante et la malade accuse des douleurs violentes au niveau d'un poignet.

L'examen général ne révèle aucune tare viscérale, pas de ganglions importants ; le corps thyroïde est volumineux et présente quelques petites adénomes.

Cette rhumatisante fut soignée par son médecin en ville, d'abord par une série d'intraveineuses iodées et ensuite par un traitement spécifique ; les meilleurs résultats furent obtenus en alternant les deux traitements.

Revue l'année suivante, la malade est en excellent état et ne souffre plus de ses articulations.

Obs. V. — Mme Y.., âgée de 38 ans, vient consulter à la Pitié en mai 1926 pour une arthrite chronique du genou gauche, arthrite très douloureuse qui la torture jour et nuit.

Elle habite le Mexique et est venue en France pour demander un avis médical ou chirurgical. Ses antécédents sont nuls: aucune maladie antérieure. Mariée, elle n'a jamais eu de grossesse. Règles irrégulières ; aucune tare viscérale ; corps thyroïde un peu volumineux, irrégulier. On ne découvre aucune adénopathie. La réaction de B-W faite au Mexique et à Paris a été chaque fois négative.

Examinée dès son arrivée en France par un chirurgien, celui-ci propose la résection du genou ; la malade refuse et vient alors consulter dans le service. On constate un genou gauche volumineux, très douloureux lorsqu'on veut forcer les mouvements ; ceux-ci sont très limités, déterminent des craquements. Les épiphyses fémorales et tibiales sont nettement hypertrophiées, irrégulières, douloureuses à la partie interne. Il ne semble pas exister d'épanchement ; la peau est normale. On note une atrophie musculaire considérable.

Soumise pendant trois mois à la cure iodée intensive, la malade éprouve une amélioration incontestable, mais ce n'est qu'à partir du jour où l'on a associé l'iode et le Stovarsol

(cures de 20 jours séparées par des périodes de repos de 20 jours) que les douleurs ont disparu complètement et que les mouvements sont revenus. En juin 1927, l'amélioration est telle que la malade regagne le Mexique, sans avoir subi d'opération, ne gardant qu'une boîterie légère.

Cette observation semble, à première vue, hors du cadre de notre sujet, mais c'est à dessein que nous l'avons rapportée. Nous avons d'ailleurs pu recueillir d'autres cas, calqués sur le même type morbide ; ils montrent tous l'effet remarquable que peuvent avoir l'arsenic ou le mercure sur des arthrites vraisemblablement non syphilitiques, et nous suggèrent l'idée qu'il ne faut pas conclure qu'un rhumatisme déformant est spécifique parce qu'il est amélioré par le traitement. Le mercure et l'arsenic paraissent, en effet, à côté de leur puissance spécifique, jouir d'un pouvoir modificateur général encore très mal connu, mais dont il faut tenir compte.

Obs. VI. — Bien qu'elle ne se rapporte pas non plus directement à notre sujet, nous donnons encore cette observation comme type de monoarthrite chronique hérédo-syphilitique pour l'opposer au rhumatisme chronique déformant de même nature. Ce cas fait en même temps apparaître l'action intéressante de l'iode sur les phénomènes douloureux articulaires et l'inefficacité du traitement spécifique sur des lésions ostéo-articulaires anciennes.

M. T. Adrien, âgé de 34 ans, vient consulter à la Pitié en mars 1925, parce que, porteur d'une arthrite du coude droit depuis trois ans, il ressent dans ce coude des douleurs continues, diurnes et nocturnes, et comme il est employé de banque, il éprouve une gêne énorme pour exercer sa profession.

Plusieurs médecins lui ont conseillé la résection du coude parce que les nombreuses médications ordonnées ne l'ont point soulagé. Avant d'en arriver à cette solution, on propose au malade un traitement iodé intensif (iode par voies entérale et parentérale).

Comme antécédent, on apprend que T. a toujours eu une santé parfaite. Il a 1 m. 82 de taille et pèse 85 kilos. L'examen clinique ne révèle aucune tare viscérale, ni aucune stigmate de syphilis héréditaire ou acquise. La réaction de B-W est douteuse. Le corps thyroïde est normal.

Les antécédents héréditaires n'apprennent rien d'intéres-

sant : son père est mort à 38 ans d'une affection cardiaque sur laquelle le malade ne peut donner aucun renseignement. Sa mère paraît être en bonne santé ; elle n'a pas eu d'autres enfants.

Il y a un an, T... a eu une crise de rhumatisme généralisé aux grosses articulations, mais tout s'est borné à des douleurs vives qui ont duré un mois et ont disparu.

Actuellement, il présente un coude droit en position vicieuse, formant un angle obtus ; on ne peut plus imprimer à l'articulation que de légers mouvements, et ces mouvements passifs sont douloureux. On ne perçoit pas de craquements. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume. L'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras est marquée.

Après une cure iodée de six mois, le malade affirme qu'il ne souffre plus.

En juillet 1926 il revient à la Pitié, non plus parce qu'il souffre de son coude, mais parce qu'il porte une orchite. Il est soigné en ville depuis plusieurs mois pour cette orchite qui est considérée comme gonococcique. Le testicule droit est volumineux, six fois plus gros que le testicule gauche ; il est dur, ligneux, non douloureux à la pression, alors que le gauche a gardé sa sensibilité normale. La vaginale droite est libre, mais la surface du testicule est parsemée de plaques indurées. Le diagnostic, bien que toutes les affirmations du malade écartent la syphilis, s'impose, et T. est immédiatement soumis à une cure mercurielle et arsenicale. Trois mois après le testicule a repris sa forme normale. Il n'y a jamais eu d'écoulement urétral, le cordon a toujours été libre, et jamais on n'a constaté d'adénopathies inguinales. Au début du traitement, la réaction de B-W a été très positive. L'arthrite du coude n'a pas subi d'amélioration nouvelle, l'arthrite plastique s'est terminée par une pseudo-ankylose à angle droit, et qui ne gêne pas le malade. La radiographie n'avait montré que des lésions ostéo-cartilagineuses banales.

TROISIEME PARTIE

Chapitre premier

Etude anatomo-clinique du rhumatisme chronique déformant syphilitique

Avant d'entreprendre cette étude, il nous paraît tout d'abord indispensable de répondre à cette question : existe-t-il réellement un rhumatisme chronique d'origine syphilitique ? N'y aurait-il pas simplement, dans toutes les observations rapportées jusqu'à ce jour, coïncidence de la syphilis et de la polyarthrite, sans aucune relation étiologique entre celle-ci et celle-là ?

Nous croyons que l'apparition du rhumatisme chez des sujets jeunes qui ne présentent aucun autre facteur étiologique, sa coexistence avec des signes indéniables de syphilis, et sa modification profonde, quelquefois même sa guérison par un traitement spécifique suffisamment précoce et énergique nous paraissent être des preuves suffisantes de son origine. Mais nous ferons une réserve sur la valeur de la preuve thérapeutique qui est pourtant la plus importante. En effet, si dans certaines observations la médication anti-syphilitique a eu une action suffisamment puissante pour nous paraître réellement spécifique et affirmer ainsi l'origine du rhumatisme, nous croyons qu'une simple amélioration peut être déterminée

par un effet modificateur du médicament, effet qui n'est pas dû à la puissance anti-syphilitique de ce dernier (Obs. V).

Mais on peut objecter d'autre part : l'insuffisance fréquente du traitement spécifique est due à l'ancienneté et à l'importance des lésions articulaires souvent irrémédiables. Cet argument a sa valeur, et nous ajouterons enfin que la médication spécifique peut n'avoir qu'un effet médiocre parce que, à notre avis, se place entre l'infection primitive et la polyarthrite, un intermédiaire : un trouble endocrinien, contre lequel elle ne peut rien.

En résumé, nous avons la conviction que la syphilis est la cause de certains rhumatismes déformants, mais peut-être ces cas sont-ils plus rares qu'il ne paraît à première vue.

Les observations publiées concernent des variétés anatomiques et cliniques très diverses. La plupart de ces polyarthrites revêtent l'aspect du rhumatisme noueux tel que l'a décrit Charcot. Nous allons reprendre le tableau clinique de cette forme, pour examiner ensuite et discuter les caractères spéciaux que lui a attribués Dufour en faveur de son étiologie spécifique.

Nous étudierons ensuite la variété que le premier Fournier décrivit, et qu'il rapporta à la syphilis. Nous essaierons de mettre en relief les caractères qui l'opposent à la précédente. Si divers facteurs étiologiques peuvent la déterminer, du moins a-t-elle une allure assez spéciale de par sa symptomatologie et son évolution.

La syphilis semble encore capable de produire les variétés rares de polyarthrites chroniques fibreuses et ankylosantes que nous verrons enfin, rapidement.

I. *Rhumatisme noueux syphilitique*

Cette forme atteint surtout les adultes, mais elle peut s'observer à tous les âges. Elle frappe avec une grande prédilection le sexe féminin, coïncidant fréquemment avec la ménopause. Dans la majorité des cas, elle est due à la syphilis héréditaire ; moins souvent, à la syphilis acquise de longue date. « Cette forme est pour nous (Dufour), fonction de syphilis atténuée, rarement acquise, de cette syphilis latente et froide, pourrait-on dire, évoluant à bas bruit, sournoisement, comme chez les heredo-syphilitiques ou les femmes infectées par la conception. »

Anatomiquement, les lésions sont comparables à celles du rhumatisme noueux vulgaire. Tous les éléments de l'articulation sont touchés. La synoviale est épaissie, segmentée, puis infiltrée ; elle présente des néoformations vasculaires considérables. Au centre de l'article le cartilage subit une transformation velvétique, se détruit peu à peu, découvre l'os ; à la périphérie il y a souvent formation d'enchodroses. Les épiphyses offrent un double processus de prolifération hypertrophique et de raréfaction. Les ligaments, les tendons sont envahis à leur tour par le processus pathologique ; enfin au niveau des muscles, l'atrophie progressive des fibres aboutit à leur disparition complète.

Le rhumatisme noueux syphilitique emprunte, dans son ensemble, l'aspect clinique du rhumatisme chronique de Charcot. Il en a la même évolution progressive, tenace, entrecoupée de poussées subaiguës, la même topographie ascendante et symétrique.

Le début s'annonce par des paresthésies, des engourdissements, des crampes localisées au niveau des doigts ou des orteils. Parfois ce sont au contraire des douleurs brutales, sous forme de crises diurnes ou nocturnes. Elles apparaissent souvent par crises successives plus ou moins espacées.

A cette phase d'arthralgie simple succède la phase d'arthrite avec gonflement léger, peu inflammatoire, mais douloureux à la pression. Bientôt le gonflement se résorbe et les déformations apparaissent. Les petites articulations des mains et des pieds se trouvent les premières atteintes; les grandes articulations ne seront touchées que secondairement.

A la période d'état les doigts sont immobilisés selon le type de flexion qui caractérise la maladie de Charcot. Plus rarement c'est le type d'extension ou le type rectiligne. Le pouce, dont la première phalange est fléchie, conserve une mobilité relative. Enfin et surtout les doigts sont, dans leur ensemble, déjetés en « coup de vent » vers le bord cubital de la main. Les poignets sont déformés et hypertrophiés, particulièrement sur la face dorsale. Le coude est fléchi, l'avant-bras en pronation. L'épaule est collée au thorax.

Aux membres inférieurs les lésions sont du même type, mais souvent moindres. Le gros orteil est porté en haut et en dehors, en hallux valgus, chevauchant les autres orteils eux-mêmes déformés.

Le pied prend l'aspect de pied bot varus, équin, valgus, ou de pied plat. La tibio-tarsienne est ankylosée ; l'extrémité supérieure du tibia se porte en arrière ; le condyle du fémur fait saillie en avant ; la rotule et la tête du pé-

roné en dehors ; le genou et la hanche se fléchissent ; la marche est entravée.

Peu à peu les troubles fonctionnels s'aggravent, les mouvements spontanés deviennent incomplets, douloureux.

A l'examen on constate que les mouvements provoqués sont impossibles au-delà d'une certaine limite.

Le palper des têtes articulaires est pénible, on les perçoit nettement subluxées entre les muscles atrophiés, les tendons et les ligaments rétractés. En même temps les crises douloureuses se répètent, chacune d'elles laissant les lésions plus avancées, les sujets plus affaiblis. Finalement après dix, vingt ans et plus d'une évolution interminable, le malade est réduit à l'état de véritable infirme : l'ankylose complète s'est installée, confinant le malade au lit. La colonne vertébrale a pris part au processus, la tête est soudée au tronc. Les masses musculaires, l'éminence thénar et les interosseux surtout ont littéralement fondu. Les troubles trophiques ont apparu ; l'état général décline rapidement. Le pronostic est encore aggravé par la possibilité d'affections intercurrentes qui trouvent un terrain favorable à leur développement.

Pour établir un bilan exact des désordres articulaires, un examen radiographique s'impose :

Au début, les lésions sont surtout articulaires : le cartilage tend à disparaître, l'interligne s'amincit et s'efface. Puis se produit la pénétration réciproque des têtes osseuses avec réaction d'ostéïte condensante. Enfin apparaît la raréfaction du tissu osseux, les travées s'élargissent, s'effondrent, les os rongés, atrophiés se subluxent, se sou-

dent, forment un manchon irrégulier d'aspect flou et grisâtre.

Un tel tableau n'a rien de caractéristique et peut être réalisé par des facteurs étiologiques très divers. Mais pour Dufour et ses élèves il serait modifié habituellement par certains caractères qui plaident en faveur de la syphilis. C'est d'abord la notion d'âge : il s'agirait le plus souvent de sujets jeunes. Nous ferons remarquer qu'il n'est pas rare d'observer des rhumatismes chroniques de nature variée, en particulier tuberculeuse ou blennorragique, qui débutent également très tôt. D'autre part, parmi les observations de rhumatisme syphilitique, un nombre considérable d'entre elles portent sur des sujets de 40 à 60 ans, l'âge de prédilection du rhumatisme de Charcot.

Les crises douloureuses s'accompagneraient souvent de petites poussées hydarthrosiques sur les articulations atteintes, ou de gonflement synovial. Ces petites poussées subaiguës sont assez fréquentes surtout au début du rhumatisme, même dans les formes où la syphilis ne peut être incriminée.

Leri en fait un caractère particulier des polyarthrites chroniques infectieuses en général.

Dufour donne encore comme signes particuliers :

Déformations articulaires et para-articulaires atteignant toujours les extrémités des membres, s'accompagnant souvent de subluxations.

Atrophies musculaires ;

Arthralgies et névralgies ;

Diffusion à presque toutes les articulations ;

Processus d'ostéïte plus atrophiante qu'hyperostosante.

Mais tous ces caractères ne nous semblent avoir, sur-

tout pris séparément, aucune valeur diagnostique, car ils se retrouvent dans la plupart des rhumatismes chroniques. Nous avons pu constater d'ailleurs qu'ils ne présentaient dans la majorité des polyarthrites syphilitiques observées aucune netteté, ni aucune fréquence particulières.

II. *Le rhumatisme ostéophytique syphilitique de Fournier*

Cette forme semble appartenir exclusivement à la syphilis héréditaire, et surtout à la syphilis héréditaire tardive. Un certain nombre de cas concernent en effet de jeunes enfants et même des nourrissons, mais la polyarthrite ostéophytique a été observée plus fréquemment et avec des caractères plus tranchés chez des adolescents ou des adultes. Les deux sexes paraissent également touchés.

Anatomiquement cette forme diffère profondément de la précédente. En effet les lésions sont limitées, ou tout au moins, prédominent aux grandes articulations. Elles consistent en déformation toujours considérable des épiphyses et formation de productions ostéophytiques exubérantes qui bourgeonnent à l'aventure, avec toutes les bizarreries possibles, les unes peri-articulaires, les autres intra-articulaires. Celles-ci se pédiculisent parfois, deviennent libres et sont l'origine de corps étrangers articulaires plus ou moins volumineux.

L'os subit un processus d'éburnation soit aux dépens du périoste, soit aux dépens des couches calcifiées du cartilage diarthrodial. A ces modifications s'associent souvent dans la partie spongieuse de l'épiphyse un pro-

cessus de résorption et d'atrophie, mais moins marqué que dans le rhumatisme noueux spécifique.

Les symptômes cliniques, plus encore peut-être que les caractères anatomiques diffèrent du type noueux. Ainsi, le début des déformations au niveau des petites articulations des doigts et des orteils qui, dans cette variété, est si caractéristique, ne s'observe jamais dans le type Fournier. (Signalons pourtant un cas rapporté par Harvier et Decourt qui fait exception : il s'agit d'une femme de 51 ans, heredo-syphilitique avérée, atteinte de rhumatisme épiphysaire ostéophytique nettement caractérisé, mais uniquement localisé aux mains et aux pieds).

En règle générale les lésions atteignent d'abord les grosses articulations, les coudes surtout, puis les genoux. Les petites jointures des extrémités ne sont atteintes qu'ensuite, bien rarement d'ailleurs.

Le début est particulièrement insidieux, en général beaucoup moins pénible que dans le rhumatisme noueux. Il arrive parfois que l'évolution se continue ainsi à bas bruit, mais bien souvent les épiphyses deviennent douloureuses en même temps qu'elles augmentent de volume progressivement et que les ostéophytes se développent. Les jointures sont le siège de douleurs spontanées ou provoquées, parfois même de paroxysmes nocturnes.

Une fois les ostéophytes constituées, les articulations n'ont plus la liberté complète de leurs mouvements, d'où des impotences fonctionnelles d'étendue fort variable et qui sont moins douloureuses que fort gênantes. Les déformations aboutissent à des attitudes vicieuses.

Retenons surtout que le rhumatisme de Fournier atteint un nombre d'articulations relativement restreint, que si

les déformations sont quelquefois très marquées, les mouvements gardent une certaine amplitude, s'accompagnent souvent de craquements articulaires, et se font habituellement sans aucune douleur. Ce caractère l'oppose nettement au rhumatisme noueux dans lequel la moindre mobilisation est très pénible. L'évolution est très longue ; des ankyloses finissent par s'établir et le pronostic est sérieux au point de vue fonctionnel.

Nous insistons sur un symptôme qui a été relevé récemment par MM. Gernez et Monnier dans les observations que nous avons résumées. Si l'on en juge par l'évolution des cas typiques qu'ils ont publiés, la fièvre pourrait exister pendant toute la durée des formations osseuses, et M. Gernez nous rappelle que la fièvre est l'accompagnatrice fréquente de nombreuses localisations viscérales spécifiques. Il se demande dès lors, si ce symptôme, habituellement négatif dans beaucoup de rhumatismes chroniques déformants non spécifiques, n'aurait pas au point de vue diagnostic différentiel une réelle valeur.

L'examen radiologique montre :

Une augmentation considérable du volume des épiphyses, l'os est élargi, massif ; les contours sont nets, bien dessinés.

Ce n'est que dans une seconde phase que les productions osseuses exubérantes apparaissent, que les interlignes articulaires s'effacent plus ou moins complètement. Les têtes épiphysaires peuvent enfin s'interpénétrer.

A ces lésions peut se combiner en certains points la décalcification qui se manifeste par des taches claires plus ou moins disséminées.

Ainsi ressortent des travaux récents les deux grandes

formes anatomo-cliniques de rhumatisme chronique syphilitique.

A peine commence-t-on à les connaître ; nous n'en voulons pour preuve que le silence à peu près complet des ouvrages classiques sur ce sujet. Mais il faut ajouter que certains rhumatismes d'origine spécifique présentent une allure clinique différente des types que nous venons d'étudier.

M. Dufour déclarait à la Société Médicale en 1923 : « Je ne crois pas qu'il faille trop limiter le cadre du rhumatisme chronique déformant syphilitique. Il est des formes surtout synoviales, à poussées successives, très déformantes, sans grande participation du système osseux, tout au moins pendant des années.

Il y a des formes ostéophytiques. Point n'est besoin de vouloir créer un type nosographique portant à lui seul le cachet de la polyarthrite déformante syphilitique. Les types d'arthrite peuvent être variables, tout comme ceux du rhumatisme blennoragique. »

Nous décrirons très brièvement les rhumatismes fibreux et ankylosants, qui sont très rares en tant que rhumatismes généralisés syphilitiques.

III. *Rhumatisme chronique fibreux syphilitique*

Le rhumatisme fibreux, d'après la description de Mouriquand, se caractérise par la faible intensité des lésions ostéo-articulaires. Les extrémités épiphysaires sont à peine touchées par l'inflammation, et leur altération ne dépasse guère le stade de synovite. Au contraire, les tissus fibreux voisins sont très précocement atteints ; les rétrac-

tions fibreuses et musculaires avec les déformations consécutives sont portées au maximum.

A l'examen, on constate des rétractions et des flexions anormales, mais les mouvements provoqués, très douloureux, ne laissent pas percevoir de craquements. Les extrémités osseuses perdent leurs contacts normaux, se mettent en subluxation prononcée et cependant le palper ne révèle à leur niveau aucune altération de forme et de volume.

La radiographie confirme ces renseignements en décelant l'absence presque complète de lésions osseuses et la persistance plus ou moins parfaite du cartilage.

Le rhumatisme fibreux débute le plus souvent par les mains et y reste parfois cantonné de façon indéfinie.

La polyarthrite fibreuse spécifique est très rare. Nous en avons relevé succintement un cas très démonstratif. Publiée par Harvier et Decourt, cette observation concerne une femme de 61 ans qui, en dépit d'une réaction de B-W négative, porte des stigmates indiscutables d'heredosyphilis. Cette malade présente un rhumatisme déformant banal, à première vue, et limité aux mains. Le début est apparu il y a deux ans. Malgré l'importance des déformations, le cliché radiographique montre qu'il n'existe aucune lésion osseuse, ni articulaire. Les injections de Quinby ont apaisé considérablement les douleurs.

IV. *Rhumatisme chronique ankylosant syphilitique*

Cette forme encore plus rare, semble-t-il, que la précédente, apparaît chez l'adulte jeune et atteint surtout les grosses articulations. Elle se manifeste au début par

une réaction inflammatoire plus ou moins marquée, avec épanchement au niveau de l'article. Les douleurs sont vives, les contractures intenses et l'ankylose se constitue rapidement. Dès que celle-ci est installée, les phénomènes douloureux cessent.

Nous n'avons relevé qu'une observation typique de rhumatisme ankylosant généralisé spécifique (Gastou et Chantassin, 1913) ; la voici, résumée :

Femme âgée de 31 ans, sans aucun antécédent, ni aucun signe de blennorragie, ni de tuberculose, ni de syphilis. Depuis l'âge de 18 ans, une série d'articulations ont été, chez cette malade, prises par un processus douloureux très légèrement inflammatoire au début et terminé régulièrement par ankylose. Elle a vu successivement en sept ans son poignet droit, puis son genou droit, puis le coude droit, le genou gauche, le coude gauche, l'épaule et le poignet gauches s'ankyloser en un temps variant de quatre à seize mois. Ces manifestations articulaires s'accompagnaient de vives douleurs et de contractures musculaires : tout cela cessait dès la production de l'ankylose. Aucun traitement médicamenteux n'a eu de résultat.

La radiographie ne donne aucunement l'apparence des ankyloses communes. Le dessin habituellement fort net des articulations est masqué en quelque sorte par un voile filamenteux qui soude comme dans une gaine ou un manchon les deux extrémités osseuses. Il n'y a ni raréfaction, ni ossification exagérée à noter.

Une réaction de Wassermann pratiquée est nettement positive.

Nous ne connaissons pas, malheureusement, les résultats du traitement spécifique.

Négligeant les rhumatismes fibreux et ankylosants syphilitiques dont l'existence ne paraît pas démontrée, il nous semble intéressant, à la faveur de cette étude clinique, d'opposer, d'une façon toute shématique d'ailleurs, le rhumatisme noueux au rhumatisme ostéophytique.

Le premier réalise absolument le type clinique du rhumatisme de Charcot, maladie de nutrition.

Débutant par les mêmes symptômes, il apparaît comme lui en général à l'âge moyen de la vie, avec une grande prédilection chez la femme et surtout à la ménopause. Atteignant d'abord les extrémités, il envahit successivement et symétriquement toutes les articulations. Son évolution est essentiellement chronique et apyrétique.

Le rhumatisme ostéophytique, au contraire, atteint le plus souvent les enfants et les adolescents, les deux sexes indifféremment, et ne paraît pas influencé par les troubles endocriniens. Il débute au niveau d'une grosse articulation pour s'étendre ensuite sans aucune symétrie. Il reste, dans la règle, localisé à un petit nombre d'articles, habituellement aux plus volumineux. Les lésions une fois constituées ne sont plus douloureuses. Enfin, cette forme prend souvent au début une allure subaiguë, s'accompagnant parfois de fièvre légère qui persiste pendant une grande partie de l'évolution.

Tous ces caractères nous font penser que le rhumatisme de Fournier, très distant du rhumatisme noueux spécifique, se rapproche au contraire de certaines arthropathies mono et surtout pauciarticulaires de la syphilis d'avec lesquelles il peut être difficile d'ailleurs de le différencier.

Chapitre II

PATHOGÉNIE

Il nous paraît démontré que la syphilis lorsqu'elle est atténuée, « froide », peut, comme nombre d'infections dont le développement est long et la virulence amoindrie, produire des arthrites chroniques déformantes. Mais par quel mécanisme sont déterminées les lésions articulaires ? Pourquoi celles-ci réalisent-elles, dans certains cas, l'aspect d'une tumeur blanche, d'une hydarthrose banale, et dans d'autres celui d'une polyarthrite noueuse ou ostéophytique ? On ne peut encore donner à ces questions des réponses satisfaisantes.

Tout d'abord, nous croyons que les deux formes principales du rhumatisme chronique syphilitique qui s'opposent par leur aspect clinique sont également différentes au point de vue de leur pathogénie. La polyarthrite de Fournier qui, par son évolution subaiguë et ses caractères cliniques, se rapproche, nous l'avons dit, des arthropathies syphilitiques qui n'ont rien de commun avec le rhumatisme chronique, nous semble pouvoir s'expliquer comme celles-ci, soit par la présence du tréponème au niveau des jointures, soit par l'action de ses toxines.

Il en est tout autrement, à notre avis, du rhumatisme noueux syphilitique qui relèverait habituellement d'une dysthyroïdie comme la plupart des rhumatismes noueux

dont il réalise le tableau clinique. Mais nous voulons, avant d'aborder cette question, examiner les principales discussions auquelles a donné lieu la pathogénie du rhumatisme chronique syphilitique. C'est à son propos, toute celle du rhumatisme déformant en général qu'il faudrait reprendre. Aussi, en retiendrons-nous seulement les points les plus intéressants.

Il nous faut tenir compte, en premier lieu, d'un élément sur lequel les auteurs ont insisté depuis longtemps : le terrain. Cette vieille idée de l'arthritisme, terme vague, qui englobe bien des manifestations diverses de forme et même de nature, perd de son autorité à mesure que des facteurs étiologiques plus précis prennent plus d'importance. Cependant, il semble que cette notion de terrain conserve une certaine valeur pour expliquer la prédilection de la syphilis, chez certains sujets, pour les articulations.

Pour Charcot et nombre d'auteurs après lui, le système nerveux joue un rôle primordial dans la genèse du rhumatisme noueux. « On peut considérer, dit Mayet, le rhumatisme déformant comme une tropho-névrose d'origine infectieuse qui agit surtout sur les racines spinales, et qui amène, par ce mécanisme, des malformations articulaires. Infection primitive, lésions secondaires du système nerveux, enfin altérations consécutives de l'articulation, tels sont les trois stades évolutifs fondamentaux du rhumatisme chronique déformant. »

Les arguments en faveur de cette théorie sont : la ressemblance des déformations avec celles des maladies nerveuses, la marche symétrique des lésions, l'évolution ascendante à partir de l'extrémité des membres, enfin,

dans nombre de cas, l'exagération des réflexes. Nous connaissons, d'autre part, la prédilection du tréponème pour le système nerveux central et périphérique. Toutes ces considérations nous font penser que le système nerveux a peut-être une part dans la détermination de certains rhumatismes chroniques syphilitiques.

Plus récemment, on a pensé que le rhumatisme chronique dépendait peut-être d'un trouble fonctionnel des glandes endocrines et, en particulier, du corps thyroïde. Depuis Sergent et Diamantberger qui, les premiers, soulevèrent la question, les preuves sont allées en se multipliant. Léopold Lévi et de Rothschild ont fait du rhumatisme thyroïdien, ou plus exactement du rhumatisme par instabilité thyroïdienne, l'une des formes les plus fréquentes du rhumatisme chronique. L'infection serait d'ailleurs, pour Poncet et Leriche, l'origine primordiale des désordres articulaires, en provoquant le dysfonctionnement de ces glandes.

Des observations ont été publiées, ayant trait au rhumatisme chronique accompagné de dysthyroïdie ; dans un certain nombre d'entre elles le traitement par l'extrait thyroïdien a eu les meilleurs effets sur les polyarthrites.

Nombre d'auteurs ont insisté aussi sur le rôle de l'ovaire qui est mis en évidence par la fréquence de l'apparition du rhumatisme soit à la ménopause, soit après la castration ovarienne.

Pour nous, d'ailleurs, le rhumatisme chronique de la ménopause n'est pas le résultat du trouble de la fonction ovarienne, mais bien plutôt le retentissement de ce dernier sur la fonction thyroïdienne. Et nous appuyons cette

opinion sur la corrélation fonctionnelle, prouvée par l'expérimentation qui existe entre les deux systèmes, ovarien et thyroïdien, sur l'opothérapie ovarienne dont l'action est plus efficace lorsqu'elle est associée à l'opothérapie thyroïdienne que lorsqu'elle est employée seule, et enfin sur les excellents résultats obtenus dans cette forme de rhumatisme par la cure iodée. D'autre part, comme le fait remarquer M. P. Weil, « en dehors des synergies fonctionnelles, qui font que la déficience d'une glande retentit sur toutes les autres, un autre processus intervient à la ménopause : leur commun vieillissement ».

Nous croyons qu'il n'est plus possible, à l'heure actuelle, de se demander s'il y a seulement coïncidence dans l'apparition de l'insuffisance glandulaire et de la polyarthrite et si toutes deux ne sont pas simplement les effets d'une même cause infectieuse ou toxique. Il y a certainement entre la première et la seconde, relation de cause à effet.

Le seul point encore discuté est le suivant, tout théorique d'ailleurs : le dysfonctionnement glandulaire est-il primitif ou secondaire lui-même à la toxi-infection en cause ?

La dysthyroïdie, pour J. Teissier, par exemple, entraîne une auto-intoxication qui rend possible le développement d'arthropathies infectieuses, lesquelles ne se produiraient pas chez un sujet normal au point de vue thyroïdien. Le trouble glandulaire, primitif dans ce cas, ne fait que créer un terrain favorable à l'évolution de l'infection articulaire.

Pour d'autres auteurs, Poncet et Leriche, en particulier, l'infection donne naissance à la thyroïdite. Celle-ci, par conséquent secondaire, détermine des altérations de la glande plus ou moins définitives qui aboutissent à un

dysfonctionnement de l'organe ; ce sera là le point de départ du rhumatisme chronique. D'après cette conception, le rhumatisme passerait donc par trois phases pathogéniques nettes : infection, thyroïdite, polyarthrite.

Des faits cliniques viennent à l'appui de cette opinion : on assiste parfois, au cours d'une infection, en particulier au cours du rhumatisme articulaire aigu, à l'apparition d'une poussée thyroïdienne manifeste et l'on peut constater, à la suite de cette atteinte plus ou moins profonde de la glande, des modifications variées, mais définitives, de son volume et de sa consistance. Ce sont de telles lésions thyroïdiennes qui détermineront, parfois à longue échéance, un rhumatisme chronique.

Nous insistons sur le rôle pathogénique du corps thyroïde parce qu'il nous semble mériter beaucoup plus d'attention qu'on ne lui en accorde généralement. Nous avons pu, en effet, observer dans le service du docteur Thiroloix, qui, maintes fois, attira notre attention sur ce point, la fréquence avec laquelle est touché le corps thyroïde chez les rhumatisants chroniques, chez les rhumatisants syphilitiques en particulier. Il résulte de l'observation systématique d'un grand nombre de ces malades, que l'intégrité du corps thyroïde est chez eux exceptionnelle. Remarquons, en effet, qu'aucune de nos malades ne présentait un corps thyroïde normal. Nous avons trouvé celui-ci, dans l'observation I avec un lobe hypertrophié et scléreux, dans l'observation II atrophié dans son ensemble, dans les observations III et IV, enfin, inégal et adénomateux. Ces altérations morphologiques, que nous avons retrouvées avec la plus grande fréquence et la plus grande netteté chez de nombreux rhumatisants,

déterminent un dysfonctionnement de la glande, le plus souvent une insuffisance (métabolisme basal diminué, signes cliniques plus ou moins évidents d'hypothyroïdie).

Cette notion d'une lésion thyroïdienne, placée à l'origine de la plupart des rhumatismes chroniques syphilitiques, est pour nous d'un grand intérêt. Trouvant sa confirmation dans les effets du traitement iodé que nous employons et qui s'adresse, pour une part importante, directement à la dysthyroïdie, elle explique les résultats que nous obtenons par cette médication, et que nous sommes logiquement en droit d'espérer. Nous comprenons pourquoi l'iode employé seul a des effets remarquables dans nos cas de rhumatismes déformants vraisemblablement spécifiques (Obs. I, II, III), et pourquoi le traitement spécifique lui-même nous paraît avoir beaucoup moins d'influence sur les lésions articulaires que l'iodisation intensive (Obs. I, III).

Chapitre III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de rhumatisme chronique déformant étant posé, ce qui est généralement facile, reste à en trouver la cause. La syphilis occupe parmi les facteurs étiologiques de l'affection une place qui semble relativement restreinte ; d'autre part, il s'agit assez souvent, nous l'avons vu, d'une syphilis atténuée, ignorée jusque-là, que ne révèle aucun stigmate. C'est dire que le diagnostic sera quelquefois très délicat et qu'il nécessitera un examen complet et systématique du malade.

Il ne faut pas compter pouvoir tirer de l'état des jointures des renseignements utiles au diagnostic, quelle que soit la forme de rhumatisme considérée. Nous savons également que l'examen attentif du corps thyroïde s'il ne doit pas être négligé, ne nous révélera pas davantage le facteur étiologique.

La certitude du diagnostic, ou plutôt sa très grande probabilité ne peut être obtenue que :

1° Par l'examen clinique approfondi ;

2° Par les séro-réactions au Wassermann et au Hecht ;

3° Par la thérapeutique spécifique.

Les investigations cliniques seront aussi complètes que possible : elles comporteront l'étude des antécédents personnels, héréditaires et collatéraux, la recherche des stig-

mates syphilitiques cutanés, oculaires, cardio-vasculaires, des déformations osseuses, dentaires, etc...

Les examens de laboratoire ne seront pas négligés. Mais il n'est pas besoin d'insister sur la valeur de la séro-réaction, tous les auteurs sont d'accord sur ce point :

1° On ne peut se baser exclusivement sur une réaction de Wassermann positive pour rattacher à la syphilis un rhumatisme chronique déformant, ce serait s'exposer à une grave erreur.

2° Une réaction de Wassermann négative ne signifie pas que l'on doit éliminer catégoriquement la syphilis.

En somme, c'est un renseignement très important qui doit être discuté et confronté avec les autres symptômes.

La syphilis étant reconnue, ou tout au moins soupçonnée, il faut avoir recours dans tous les cas au traitement d'épreuve ; son efficacité sera un excellent élément de diagnostic. Malheureusement, nous savons que nous ne devons pas escompter en général de résultats bien satisfaisants. C'est que dans bien des cas, le rhumatisme est sous la dépendance d'une lésion thyroïdienne définitive sur laquelle le traitement spécifique ne peut avoir d'influence. Nous ne pourrons donc pas tirer des effets du traitement des conclusions précises.

Aussi le diagnostic de rhumatisme chronique syphilitique reste-t-il pour une part importante, un diagnostic d'élimination. Chaque fois que nous serons en présence d'un rhumatisme chronique, même d'apparence banale, s'accompagnant ou non de lésions thyroïdiennes, nous passerons en revue les causes les plus importantes du rhumatisme chronique avant de rechercher la syphilis. Il en est deux surtout que nous devons retenir et discuter :

Le rhumatisme articulaire aigu peut être la cause plus ou moins lointaine, par l'intermédiaire de lésions thyroïdiennes, d'une polyarthrite chronique. Il sera en général facile de retrouver, par l'interrogatoire, la notion des poussées articulaires aiguës, et souvent le cœur touché par le virus rhumatismal conservera des altérations, témoins de l'infection primitive.

Mais c'est surtout le rhumatisme tuberculeux qu'il pourra être délicat d'éliminer parce qu'il paraît relativement fréquent et que rien dans son aspect clinique ne le distingue généralement du rhumatisme chronique syphilitique. Nous interrogerons le malade sur ses antécédents héréditaires ; nous chercherons dans son histoire personnelle des manifestations de tuberculose plus ou moins atténuée : pleurésie, tumeur blanche, abcès froids ganglionnaires, etc... Il nous arrivera parfois de découvrir, par un examen attentif, un foyer bacillaire latent, un sommet pulmonaire induré, par exemple. Nous ne manquerons pas d'examiner tous les territoires ganglionnaires, car il est habituel de trouver des ganglions assez volumineux, nombreux, indolores, avec parfois légère périadenite. Comme nous l'avons observé, ce fait est tellement fréquent chez ces malades qu'il acquiert la valeur d'un symptôme. Enfin, la tension artérielle est habituellement basse, alors qu'elle est souvent élevée chez les rhumatisants chroniques syphilitiques.

Ayant ainsi éliminé toutes les causes du rhumatisme, nous penserons systématiquement dans chaque cas à la spécificité, même lorsqu'aucun stigmate, aucun antécédent n'attire d'emblée notre attention sur ce point. Nous y penserons surtout dans les cas où les traitements les

plus divers ont été essayés sans résultat, et si le moindre doute nous est permis, nous n'hésiterons pas à instituer un traitement anti-syphilitique, bien que sachant qu'il ne faut pas en attendre, si les lésions articulaires sont anciennes, une modification profonde de celles-ci. Mais nous y joindrons un complément indispensable pour atteindre le rhumatisme dans sa cause : la médication iodée intensive.

Chapitre IV

TRAITEMENT

Des observations publiées jusqu'à présent, nous croyons pouvoir tirer, au point de vue thérapeutique, des conclusions très intéressantes :

Toutes les médications spécifiques ont à leur actif des résultats comparables, qu'il s'agisse de mercure (cyanure, huile grise, sirop de Gibert), d'arsenic (novarsénobenzol, sulfarsénol, stovarsol, rhodarsan) ou de bismuth (quinby). Remarquons d'ailleurs qu'il faut savoir à l'occasion varier les médicaments. Cela n'est pas pour nous étonner ; comme d'autres manifestations spécifiques, en effet, la polyarthrite peut, suivant les malades, se montrer plus sensible à certains produits qu'à d'autres (rappelons, entre autres observations, celle de Monnier : l'affection, qui était absolument rebelle au Rubyl et au Tréparsol, est rapidement améliorée par le Rhodarsan).

Voici, dans leur ensemble, les résultats du traitement spécifique : souvent une sédation des douleurs, quelquefois l'arrêt de l'affection dans son évolution, rarement une rétrocession plus ou moins marquée des désordres articulaires, afin dans deux ou trois cas seulement, d'allure rapide, pris au début, se rapprochant du type Fournier, on a pu assister à la guérison. Il apparaît donc, en résumé, que le rhumatisme chronique syphilitique résiste en

général au traitement. Jamais, en effet, une polyarthrite chronique, apyrétique, évoluant depuis assez longtemps, n'a été guérie, ni même profondément améliorée par le traitement spécifique. Et ce fait ne nous étonne pas, car il cadre parfaitement avec ce que nous pensons du déterminisme du rhumatisme chronique. La plupart de ces polyarthrites déformantes syphilitiques étant, comme la plupart des autres polyarthrites, sous l'étroite dépendance du dysfonctionnement du corps thyroïde créé par l'altération définitive de cette glande, ne peuvent être que médiocrement influencées par le traitement anti-syphilitique.

Nous voulons insister ici sur la méthode thérapeutique indiquée dans nos observations qui nous semble intéressante à un double point de vue : avant tout par les excellents résultats qu'elle nous a donnés, ensuite parce qu'elle tend à prouver l'importance que nous accordons à la dysthyroïdie dans la pathogénie du rhumatisme chronique syphilitique.

Le docteur Thiroloix, s'appuyant sur de nombreuses observations, a montré les résultats remarquables et presque constants obtenus par le traitement iodé intensif dans toutes les formes de rhumatisme chronique. Nous ne pouvons reprendre la méthode dans tous ses détails, nous dirons seulement que l'iode doit être administré d'une façon intensive, continue, qui réalise une saturation constamment iodée de l'organisme. On peut utiliser la voie buccale (solution alcoolique iodo-iodurée), la voie intra-musculaire ou la voie intra-veineuse. Cette dernière donne les résultats les plus sûrs et les plus rapides. Nous employons en injection des iodures de méthyle et de

benzyle combinés à l'hexaméthylène-tétramine. Leur solution contient 48 mgr. d'iode par centimètre cube.

Nous n'hésitons pas à faire au malade des injections intra-veineuses de 5 c. c. ou de 10 c. c. de la solution iodée chaque jour, et même deux fois par jour, au début. Comme ce traitement ne pourrait être prolongé longtemps sans fatigue de la part du malade ou même du médecin, on est obligé d'interrompre. Après une série de 30 injections, par exemple, nous plaçons une période de repos de 2 ou 3 semaines pendant laquelle l'iode est administré par ingestion (progressivement, jusqu'à 80 cgr. ou un gramme d'iode pur, par jour).

Pourquoi l'iode employé de cette façon a-t-il des effets remarquables sur tous les cas de rhumatisme chronique ? Nous ne nous étendrons pas sur son mode d'action qui paraît assez compliqué, nous dirons seulement que, de l'observation de tous les cas, nous pensons, avec le docteur Thiroloix, que l'iode agit surtout par son influence sur le corps thyroïde. Il produit, en effet, le redressement du métabolisme basal et le retour à la normale du fonctionnement du corps thyroïde et des glandes endocrines primitivement altérées. Aussi est-il logique que nous puissions suivre très nettement, avec la cure iodée, l'élévation progressive d'un métabolisme basal primitivement abaissé. Et nous ne sommes pas étonné de l'apparition peu fréquente, mais indéniable, d'un basedowisme net que fait disparaître la cessation du traitement. C'est d'ailleurs le seul incident que nous ayons pu observer au cours de la cure iodée qui n'a, par ailleurs, jamais révélé aucune intolérance.

Quels sont les résultats obtenus par le traitement iodé

chez nos rhumatisants chroniques syphilitiques ? Ils concordent, autant que nous puissions en juger par nos quelques observations, avec ceux que nous donne la même médication dans les polyarthrites déformantes en général. Dès que l'iode est administré à une dose suffisante, l'amélioration est rapide ; elle porte habituellement d'abord sur la douleur et l'insomnie, les œdèmes, la raideur disparaissant ensuite et la transformation est souvent assez profonde pour permettre au malade de reprendre une vie active. L'iodisation intensive peut-elle guérir le rhumatisme chronique syphilitique ? Nous ne l'avons pas constaté, mais nos observations prouvent qu'elle peut donner une amélioration parfois équivalente à une guérison. Cependant, les rechutes sont fréquentes ; il faut les traiter avec le même médicament que réclament les malades, car il les soulage très rapidement.

Que faut-il penser enfin du traitement par l'extrait thyroïdien qui semble indiqué ici en raison de l'altération fréquente du corps thyroïde ? Nous l'avons employé dans un seul cas, aussi nous est-il difficile d'avoir une opinion sur son action. Cependant nous pensons qu'il s'efface devant la médication iodée intensive à laquelle nous donnons la première place dans le traitement du rhumatisme chronique syphilitique, avant même la médication spécifique que nous croyons cependant nécessaire de lui associer.

CONCLUSIONS

I

Il existe un rhumatisme chronique déformant d'origine syphilitique, mans les cas indiscutables sont rares. Il faut, en effet, avant d'affirmer cette étiologie, éliminer toutes les autres causes possibles de polyarthrite, trouver des stigmates de syphilis, une séro-réaction positive, et surtout avoir la preuve thérapeutique ; or, celle-ci se montre rarement évidente. En effet, les résultats du traitement spécifique, même lorsqu'ils sont très appréciables, ne sont pas absolument démonstratifs, car nous pensons que ce traitement, en dehors de son pouvoir anti-syphilitique, a des effets plus généraux qui peuvent influer, en particulier, sur les lésions articulaires.

II

Les modalités cliniques et anatomiques de la polyarthrite déformante syphilitique sont très variables; cependant, il est possible de les rapporter, dans leur ensemble, à deux types très différents par leur symptomatologie et par leur évolution : le rhumatisme noueux et le rhumatisme ostéophytique de Fournier.

III

La pathogénie du rhumatisme chronique syphilitique n'est pas élucidée. Nous pensons que le tréponème peut intervenir in situ, lui-même, ou par l'intermédiaire de ses toxines, dans la production de quelques polyarthrites d'allure atypique. Mais nous retenons surtout, dans la forme polyarticulaire chronique typique, à part le rôle possible du système nerveux dans certains cas, l'influence primordiale de la thyroïdite spécifique. L'importance de celle-ci est mise en évidence par la fréquence de l'altération anatomique de la glande, marchant de pair avec des signes plus ou moins nets de dysthyroïdie et un métabolisme basal anormal, d'une part, et par les effets remarquables de la cure iodée, d'autre part.

IV

Dans l'ensemble, le traitement spécifique n'a donné que des améliorations insuffisantes. Ce fait s'explique pour nous, dans la plupart des cas, par l'inefficacité de ce traitement sur la cause même du rhumatisme : les lésions thyroïdiennes définitivement constituées.

Il faut donc agir directement sur le trouble endocrinien, et l'arme la meilleure nous a paru être la cure iodée prolongée et intensive. L'association de celle-ci avec le traitement spécifique permet d'espérer les meilleurs résultats dans le traitement de la polyarthrite déformante syphilitique.

Vu, le Doyen,
M. BERTHÉLEMY

Vu, le Président de la Thèse,
M. CARNOT

Roger

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Brelet. — Rhumatisme chronique et syphilis, Centenaire de la gazette des hôpitaux, novembre 1927.

Broca. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire, Presse Médicale, 2 novembre 1921.

Carnot et Blamoutier. — Un cas de rhumatisme chronique amélioré par l'arsenic (Bulletin de la Société Médicale, 14 juin 1923).

Diratzouyan. — La polyarthrite chronique déformante de cause syphilitique (Thèse Paris, 1924).

Dreyfus et Bourgeois. — Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte (Gazette des hôpitaux, 1925 N° 31-33).

Dufour. — Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant (Bulletin de la Société Médicale, 11 mars 1915).

Dufour et Ravina. — Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire déformant (Bulletin de la Société Médicale, 29 juillet 1921).

Dufour, Duchon et Durand. — Rhumatisme chronique déformant syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé (Bulletin de la Société Médicale, 25 mai 1923)

Dufour et Duchon. — 2 nouveaux cas de rhumatisme chronique syphilitique (Bulletin de la Société Médicale, 2 novembre 1923).

Duhot. — Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant (Bulletin de la Société Médicale, 30 novembre 1923).

Eon. — Arthropathies au cours de la syphilis tertiaire et de la syphilis héréditaire (Thèse Paris, 1919).

Fink. — Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyro-parathyroïdienne d'origine syphilitique (Bulletin Médical, Paris 1921 N° 466).

Flandin. — Manifestations ostéo-articulaires tardives de

la syphilis (Bulletin de la Société Médicale, 14 décembre 1923).

Fournier. — Du rhumatisme chronique comme manifestation possible de l'heredo-syphilis (Annales de dermatologie et de Syphiligraphie, Paris 1901).

Fournier. — Syphilis héréditaire de l'âge adulte (Paris 1912).

Gastou et Chantassin. — Polyarthrite progressive déformante généralisée probablement d'origine heredo-syphilitique (Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 4 décembre 1913).

Geismar (Mme). — Rhumatisme chronique polyarticulaire déformant syphilitique (Thèse Paris, 1922).

Gernez. — Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique déformant polyarticulaire (Echo Médical du Nord, 7 janvier 1922).

Gibard. — Contribution à l'étude de la syphilis articulaire (Thèse Paris 1925).

Gilbert, Bénard et Fatou. — Un cas de polyarthrite hérédo-syphilitique tardive (Bulletin de la Société Médicale, 14 décembre 1923).

Hagueneau et Bernard. — Rhumatisme chronique déformant et syphilis (Bulletin de la Société Médicale, 19 janvier 1923).

Harvier et Decourt. — Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques (Bulletin de la Société Médicale, 30 novembre 1923).

Hausalter. — Société Médicale de Nancy, 14 février 1906.

Lacapère et Laurent. — La syphilis articulaire chez les indigènes du Maroc (Paris Médical, 1919, p. 231).

Laplane. — Le rhumatisme chronique généralisé de l'enfant (Thèse Montpellier, 1921).

Léri. — Arthritisme et rhumatisme chronique (Journal Médical français, mai 1927).

Marinesco. — Traité de Médecine de Roger, Widal, tome XXII.

Martin. — Rhumatisme chronique déformant. Rapports avec la syphilis (Thèse Paris 1927).

Méry et Mme Génin. — Rhumatisme polyarticulaire déformant chez un enfant de un an hérédo-syphilitique (Bulletin de la Société de Pédiatrie, janvier 1919).

Milian. — Rhumatisme chronique déformant. Traité de

Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot, Paris 1912.

Moncorvo. — Revue des maladies de l'enfance, juillet 1901.

Monnier. — Les hydarthroses et le rhumatisme chronique déformant d'origine hérédo-syphilitique (Gazette Médicale de Nantes, 1er novembre 1925).

Mouriquand. — Maladies de la nutrition (Traité de pathologie de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Tome XXIII)

Poncet et Leriche. — Le rhumatisme tuberculeux.

Regnault. — Un cas de polyarthrite déformante guérie par le traitement syphilitique (Journal des Praticiens, 31 août 1918).

Rostaine. — Syphilis des os, des articulations et des muscles (Traité de Sergent, Tome XIX).

Teissier et Roque. — Rhumatisme chronique (Traité de Brouardel et Gilbert, Tome VIII).

Teissier et Mayet. — Classification des rhumatismes chroniques (Bulletin Médical, 26 avril 1922).

Thiroloix. — La médication iodée (La Clinique, 1922).

Thiroloix, Mme Brace-Gillot et Mlle Harmelin. — Médication iodée dans le traitement des rhumatismes chroniques (Bulletin de la Société Médicale, 15 juin 1923).

Thiroloix, Mme Brace-Gillot et Leloup. — Médication iodée intensive dans le traitement des rhumatismes chroniques (Bulletin de la Société Médicale, 18 juin 1926).

Vagnon. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique (Thèse Lyon, 1924).

Weil M.-P. et Bourgeois. — Manifestations articulaires de la syphilis tardive (Presse Médicale 25 avril 1925).

Weil M.-P. — Le rhumatisme de la ménopause (Semaine des hôpitaux de Paris, 29 février 1928).

TABLE DES MATIERES

Avant-propos 9
Introduction 17

PREMIÈRE PARTIE

Historique 12

DEUXIÈME PARTIE

Chapitre I. — Statistique 19
Chapitre II. — Observations 21

TROISIÈME PARTIE

Chapitre I. — Etude anatomo-chimique du rhumatisme chronique déformant syphilitique 27
1° Rhumatisme noueux syphilitique 29
2° Rhumatisme ostéophytique de Fournier 33
3° Rhumatisme fibreux syphilitique 36
4° Rhumatisme ankylosant syphilitique 37
Chapitre II. — Pathogénie 40
Chapitre III. — Diagnostic 46
Chapitre IV. — Traitement 50
Conclusion 54
Bibliographie 56